

المكتب الو لاني بالوادي

رقم : ... /

## طلب إعادة عتاد شبه طبي

انا الممضي (ة) أسفله : .....

المولود (ة) بتاريخ : .....

الساكن (ة) : .....

بلدية ..... دائرة ..... ولاية ..... دائرية ..... وظيفة .....

الهاتف : ..... / ..... / .....

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم : ..... الصادرة في : .....

عن : .....

أشهد بأني استلمت من الجمعية المذكورة أعلاه العتاد أو الجهاز التالي

..... 1 - (التعيين) ..... (رقم الجرد) ..... (الترقيم) .....

### أتعهد

بإرجاعه سليماً أو تعويضه في حالة العطب .

أن أعيده في فترة لا تتجاوز: ( تلقائي مدة 15 يوما ) وفي حالة تمديد يجدد الطلب إداريا.

إدارة الجمعية

إمضاء المعنى